Ein Fall

von

recidivirender Oculomotoriuslähmung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

von

Eduard Vissering, cand. med.
aus Lintel (Ost-Friesland).

MÜNCHEN
Jos. Ant. Finsterlin
1889.

Ein Fall

von

recidivirender Oculomotoriuslähmung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

von

Eduard Vissering, cand. med.
aus Lintel (Ost-Friesland).

MÜNCHEN
Jos. Ant. Finsterlin
1889.

Gedruckt mit Genehmigung der medicin. Facultät in Erlangen.

Referent: *Professor Dr. A. Strümpell.*

Separatabdruck aus der Münchener Medicin. Wochenschrift.

Akademische Buchdruckerei von F. Straub in München.

In neuerer Zeit ist unter dem Namen der recidivirenden oder periodischen Oculomotoriuslähmung ein eigenthümliches Krankheitsbild bekannt geworden, welches wohl verdient, das Interesse auch weiterer ärztlicher Kreise in Anspruch zu nehmen.

Obwohl einzelne Fälle dieser Art schon früher von Gabler, v. Gräfe, Saundby und Hasner beschrieben worden waren, so wurde die allgemeine Aufmerksamkeit auf diesen Zustand doch erst durch die Arbeit von Moebius[1]) gelenkt, welcher einen hierher gehörigen, sehr ausgesprochenen Fall bei einem sechsjährigen Mädchen beobachtete.

Seit dieser Zeit ist rasch eine ganze Reihe ähnlicher Beobachtungen gefolgt, so dass Mauthner in seinen Vorträgen aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde[2]) unter dem Titel: »Recidivirende Oculomotoriuslähmung« bereits eine ausführlichere Darstellung der Krankheitserscheinungen geben konnte, welcher eine Zusammenstellung von 14 bisher veröffentlichten Beobachtungen zu Grunde lag.

Immerhin ist aber die Zahl der bisher bekannt gewordenen Fälle eine so geringe, dass die Mittheilung der folgenden Beobachtung aus der hiesigen medicinischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Strümpell gewiss nicht ohne Interesse ist, zumal da wir bei unserem Kranken einige Erscheinungen feststellen

---

[1]) Dr. P. J. Moebius, Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotorius-Lähmung. Vortrag gehalten vor der IX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 38.

[2]) 13. Heft. II. Bandes 5. Heft, 1886. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

konnten, deren Vorkommen bei der recidivirenden Oculomotoriuslähmung bisher nicht bekannt war.

Unsere Beobachtung betrifft einen 14jährigen Weber Johann Taubald aus Erlangen, welcher zum ersten Male am 16. Juni 1887 in die medicinische Klinik aufgenommen wurde.

Anamnestisch liess sich von dem durchaus intelligenten jungen Menschen Folgendes ermitteln:

Die Eltern und 5 Geschwister des Patienten leben und sind gesund.

Patient hat zwei Mal Lungenentzündung durchgemacht, sonst will er sich, abgesehen von seinem gleich näher zu beschreibenden Leiden, stets vollkommen wohl gefühlt haben.

Seit seinem 9. Jahre leidet der Patient an sehr heftigen Kopfschmerzen, die auf die rechte Stirngegend localisirt sind, nach oben bis an die Haargrenze hinauf-, nach unten bis zur Augenbraue hinabreichend.

Diese Kopfschmerzen traten stets etwa in Pausen von 4 bis 5 Wochen auf und hielten jedes Mal etwa eine Woche an. Am auffallendsten aber war es, dass fast jedes Mal, wenn der Kopfschmerz in heftiger Weise auftrat, dabei auch das rechte obere Augenlid gelähmt herabhing, so dass Patient nicht im Stande war, das rechte Auge zu öffnen.

Er hat diesen Zustand vor dem Spiegel oft mit völliger Sicherheit festgestellt. Doppeltsehen ist ihm nie aufgefallen.

Mit diesen Kopfschmerzen war ausserdem stets eine mässige Schwellung des rechten oberen und unteren Augenlides verbunden. Die Kopfschmerzen nahmen des Nachts an Heftigkeit zu. Nach dem Aufhören derselben fühlte Patient sich in der Regel noch einige Tage recht matt.

Bis vor etwa 2 Jahren war mit den Kopfschmerzen meist auch mässig starkes Erbrechen verbunden, in den letzten beiden Jahren hat dieses nicht mehr stattgefunden. Uebelkeit und Neigung zum Erbrechen ist aber immer noch zurückgeblieben, auch giebt Patient an, dass er während des Bestehens immerfort ausspeien müsse.

Hält Patient das rechte Auge geschlossen, so spürt er keine Störung und keine Schmerzen im Auge selbst; erhebt er mit der Hand das rechte Augenlid und versucht den Augapfel zu bewegen, so bekommt er mässige Augenschmerzen, die

in ihrer Intensität sich nach den Kopfschmerzen richten. Auch bekommt Patient bei Erhebung des Augenlides sofort Schwindel.

Seit Weihnachten 1886 bis jetzt war Patient von dem Leiden verschont. Diese Pause von 5 Monaten war die längste, welche bisher jemals eingetreten ist.

Seit dem 9. Juni 1887 haben sich indessen die Schmerzen auf's Neue eingestellt und waren so heftig, dass Patient dieses Mal sich in's Krankenhaus aufnehmen liess.

Status praesens am 16. Juni 1887. Patient ist mittelgross, von gracilem Knochenbau, ziemlich gut entwickelter Musculatur und gutem Ernährungszustande.

Das rechte obere und untere Augenlid ist mässig geschwollen, ebenso die Gegend um das Jochbein herum, bei deren Betastung man ein leicht teigiges Gefühl wahrnimmt. Das rechte obere Augenlid hängt völlig schlaff herab und kann spontan gar nicht gehoben werden. Versucht er mit aller Anstrengung das Augenlid zu heben, so tritt nur in Folge der Contraction des Musc. frontalis eine ganz geringe Oeffnung der Lidspalte ein. Wird das Lid passiv gehoben, was ohne allen Widerstand möglich ist, und fordert man den Kranken auf, seine Augen nach verschiedenen Richtungen hin zu bewegen, so zeigen sich am rechten Bulbus ebenfalls starke Bewegungsstörungen. Nach innen kann derselbe gar nicht bewegt werden, nach oben und unten sind nur ganz geringe Excursionen möglich. Beim Versuch, den Bulbus nach oben oder unten zu bewegen, macht letzterer deutliche Rotationen um seine Längsachse. Die Bewegungen nach aussen sind nicht gestört. Die rechte Pupille ist ein wenig weiter als die linke, reagirt aber völlig gut auf Lichteinfall. Die Sehschärfe auf dem rechten Auge ist völlig normal und auch eine Accommodationsstörung ist nicht nachweisbar. Doppelbilder treten bei binocularem Seitwärtssehen in der gewöhnlichen Weise auf und verursachen eine Art Schwindelgefühl.

Die ophthalmoskopische Untersuchung des Augenhintergrundes ergiebt völlig normale Verhältnisse. — Bemerkenswerth ist ein beständiges leichtes Thränenträufeln am rechten Auge.

Das linke Auge ist in jeder Hinsicht völlig normal.

Dagegen lässt sich weiterhin nachweisen, dass die Sensibilität im Gebiete des 1. und 2. Trigeminusastes der rechten Seite gegenüber der linken deutlich herabgesetzt ist.

Patient klagt auch subjectiv über ein pelziges, taubes Gefühl in der rechten Stirngegend und um das rechte Jochbein herum. Nadelstiche werden in den genannten Partieen weniger schmerzhaft empfunden, als links. Das Gefühl für Wärme und Kälte ist rechts ebenfalls deutlich etwas herabgesetzt.

Die Geruchs- und die Geschmacksempfindungen sind ungestört. Dagegen ist das Gehör auf dem rechten Ohre entschieden schlechter als auf dem linken, doch kann Patient nicht angeben, seit wie lange diese Störung besteht. Eine Veränderung des äusseren Ohres und des Mittelohres ist nicht nachweisbar. Im Gebiete aller anderen Gehirnnerven ist durchaus keine Störung zu finden. Nur ein ziemlich starker Speichelfluss ist noch erwähnenswerth.

Die inneren Organe, namentlich Herz und Nieren, sind völlig gesund. Patient ist fieberfrei (Temperatur 37,3°), Pulsfrequenz 68, Respiration 20.

17. Juni. In der Nacht waren die Schmerzen in der Stirn und am Auge gering. Die Lähmung besteht unverändert fort. Die Schwellung der Augenlider ist aber geringer. Das Augenthränen hat aufgehört. Kein Fieber.

18. Juni. Die Kopfschmerzen haben ganz aufgehört. Die rechte Lidspalte kann entschieden etwas weiter geöffnet werden als bisher. Auch die Bewegungen des Bulbus nach links, oben und unten sind wieder etwas möglich.

19. Juni. Das rechte obere Augenlid hängt immer noch soweit herab, dass nur die untere Hälfte der Iris sichtbar ist. Beim möglichst weiten Oeffnen beider Augen ist die rechte Lidspalte demgemäss immer noch um 2 mm schmäler, als die linke. Die Bulbusbewegungen werden von Tag zu Tag etwas besser.

20. Juni. Die rechte Pupille ist nicht mehr erweitert, reagirt auf Licht gut. Die Bewegungen des Augapfels nach links, oben und unten sind bedeutend besser geworden, wenn auch noch nicht ganz gut. Doppelbilder bei der Blickrichtung nach oben und links sind noch immer vorhanden. Die Anästhesie im rechten Trigeminusgebiet ist nicht mehr nachweisbar. Die Kopfschmerzen haben völlig aufgehört. Das subjective Befinden des Kranken ist völlig normal, so dass er auf seinen Wunsch aus der Klinik entlassen wird, um aber weiter in poliklinischer Beobachtung zu bleiben.

25. Juni. Seit dem Abend des 22. Juni haben sich wieder

mässige Kopfschmerzen eingestellt, auch ist die Schwellung wieder stärker geworden. Die Ptosis und die Augenmuskelstörungen scheinen aber nicht stärker geworden zu sein. Giebt Patient sich etwas Mühe, so kann er das rechte Augenlid fast ganz öffnen; doch sinkt dasselbe allmählich wieder herab. Die geringe Anästhesie im Frontalgebiet des rechten Trigeminus hat sich ebenfalls wieder eingestellt.

Patient hat wegen der Kopfschmerzen nicht schlafen können, fühlt sich deshalb matt und klagt ausserdem über Uebelkeit und Aufstossen. Erbrechen hat sich nicht eingestellt.

Patient erhält 1 g Antipyrin. Darnach lassen die Kopfschmerzen bald völlig nach.

27. Juni. Kopfschmerzen sind nicht wieder eingetreten. Auch die Lähmung ist entschieden sehr gering geworden. Beim Blick nach links sind noch Doppelbilder vorhanden, beim Blick nach oben und unten nicht mehr. Patient fühlt sich völlig wohl und nimmt seine frühere Beschäftigung wieder auf.

Im Januar 1888 hatten wir Gelegenheit, den Patienten nochmals einer genauen Untersuchung zu unterziehen.

Er gab an, nach seinem letzten Anfall im Juni 1887 sich bald vollkommen erholt zu haben. Die Doppelbilder seien bald völlig verschwunden, die Kopfschmerzen nicht mehr aufgetreten und habe er sich dann eine Zeit lang völlig wohl befunden. Erst im September, October und November 1887 hat Patient auf's Neue Anfälle seines alten Leidens bekommen, doch waren dieselben nie so stark, wie die im vorigen Sommer von uns beobachteten.

Begleitet waren sie jedes Mal von Kopfschmerzen und auch wieder von leichtem Erbrechen. Das rechte Augenlid ist jedes Mal herabgesunken, wenn auch nicht so vollständig wie im vorigen Sommer. Doppelbilder hat Patient nicht beobachtet.

Die Dauer der Anfälle betrug jedes Mal nur etwa 4 Tage. Dann gingen dieselben ohne jede Behandlung von selbst zurück. Jetzt fühlt sich Patient völlig wohl. Bei der Untersuchung war weder von einer mangelhaften Beweglichkeit des Bulbus, noch von einer Mydriasis oder Ptosis irgend etwas wahrzunehmen. Auch keinerlei Schwellung in der Augengegend.

Am 8. Juni 1888 gelangte der Patient abermals in unsere Beobachtung. Er giebt zunächst an, im Anfang Mai 1888 einen halben Tag lang an geringen Kopfschmerzen in der

Gegend oberhalb des rechten Orbitalrandes gelitten zu haben, doch seien weiter keine Begleiterscheinungen aufgetreten. Sonst habe er sich stets ganz wohl befunden. Insbesondere versichert Patient auch jetzt wieder, dass in der Zeit zwischen den Anfällen am Auge äusserlich nicht die geringste Veränderung wahrnehmbar sei.

Seit dem 6. Juni 1888, also seit 2 Tagen, fühlt Patient sich aber von Neuem recht matt, hat absolut keinen Appetit, empfindet Uebelkeit und muss öfters brechen. Seit dem 7. Juni haben sich zu diesen Beschwerden allmählich an Intensität zunehmende Kopfschmerzen hinzugesellt, die, wie früher, scharf oberhalb des rechten Orbitalrandes ihren Hauptsitz haben.

Des Nachts waren die Schmerzen, wie auch früher, sehr viel heftiger, als am Tage.

Patient klagt auch dieses Mal über heftigen Speichelfluss. Ferner besteht wiederum ein pelziges Gefühl in der rechten Stirnhälfte, welches sich bis in die Schläfengegend hinein erstreckt.

Beim Blick in die Sonne oder in ein Licht empfindet Patient ein unangenehmes Stechen im Auge. Sonstige Augenstörungen hat Patient selbst bisher nicht bemerkt.

Appetit ist so gut wie gar nicht vorhanden. Patient wird wieder in die Klinik aufgenommen.

Status praesens am 8. Juni 1888. Bei genauem Hinsehen erscheint das rechte obere und untere Augenlid etwas geschwollen, ebenso die Gegend um das rechte Augenlid herum teigig sich anfühlend. Geringe aber deutliche Ptosis des rechten oberen Augenlides.

Bewegungen des rechten Bulbus nach oben, links und unten ebenso gut wie nach aussen ausführbar. Auch kann das rechte Augenlid gut gehoben werden. Rechte Pupille erscheint etwas erweitert, reagirt indessen gut auf Lichteinfall. Auch die Accommodation erscheint ungestört. Doppelbilder sind nicht vorhanden.

Im ganzen Gebiet des rechten Trigeminus (nicht nur im Gebiet des 1. Astes) ist die Sensibilität entschieden herabgesetzt. Patient empfindet hier überall Nadelstiche nicht so gut, wie links. Auch Wärme und Kälte wird rechts nicht so gut unterschieden, wie links.

9. Juni. Patient fühlt sich viel wohler, die Kopfschmerzen

sind weit geringer geworden. Appetit hat sich wieder eingestellt. Die leichte Schwellung besteht fort, ebenso die geringe Ptosis.

10. Juni. Subjectives Befinden gut. Schwellung und Ptosis lassen nach.

11. Juni. Patient fühlt sich wieder völlig wohl. Schwellung und Ptosis am Auge sind kaum mehr wahrnehmbar. Patient entlassen.

23. März 1889. Patient lässt sich auf's Neue unter Angabe der alten Beschwerden in's Spital aufnehmen.

Während der Zeit vom 11. Juni 1888 bis jetzt haben sich fast alle 4 — 5 Wochen leichte Anfälle des alten Uebels eingestellt: Kopfschmerzen, Uebelkeit und mässiges Erbrechen wurden bei jedem derselben beobachtet, sowie im geringen Grade Herabhängen des Augenlides. Speichelfluss, Doppelbilder, Thränen des rechten Auges sind dagegen nicht vorhanden gewesen.

Bei der am heutigen Tage vorgenommenen Untersuchung zeigt sich wiederum eine starke Ptosis des rechten Augenlides, Schwellung des rechten oberen und unteren Augenlides, sowie in der Gegend des rechten Jochbeins, mässiger Speichelfluss, kein Thränenfluss. Bewegungen des rechten Bulbus nach oben, innen und unten eben so gut, wie nach aussen.

Rechte Pupille nicht erweitert, reagirt gut auf Lichteinfall. Patient sieht Doppelbilder.

Im Gebiet des ganzen rechten Trigeminus erhebliche Sensibilitätsstörungen. Patient erhält Antipyrin 1,0.

24. März. Subjectives Befinden erheblich besser. Schwellung und Ptosis haben nachgelassen, Doppelbilder bestehen fort.

25. März. Schwellung und Ptosis zeigen weitere Besserung, Doppelbilder bestehen fort. Patient aus der Behandlung entlassen.

Bei der letzten, am 16. Mai 1889 vorgenommenen Untersuchung gab Patient an, er hätte im April d. Js. wieder einen »leichten Anfall« überstanden. Seither wäre er aber wieder völlig gesund, und in der That konnte constatirt werden, dass Schwellung und Ptosis völlig nachgelassen haben. Die Bewegungen des rechten Bulbus sind nach allen Richtungen hin ebenso ausgiebig, wie links. Doppelbilder verschwunden. Keine Sensibilitätsstörungen im Gebiete des rechten Trigeminus.

Wenn irgend einer der bis jetzt unter dem Titel: »Recidivirende oder periodische Oculomotoriuslähmung« be-

schriebenen Fälle Anspruch auf diesen Namen hat, so ist es gerade der von uns beobachtete, und zwar reiht sich derselbe durchaus jener geringen Minderzahl von Fällen an, die wir als reine Form der recidivirenden Oculomotoriuslähmung bezeichnen können (Sandby, Senator, Clark, Parinaud, Joachim u. A.). Denn nicht nur durch genaues Befragen des sehr intelligenten Kranken, sondern auch durch wiederholte eigene Untersuchung ist auf das Bestimmteste festgestellt worden, dass Patient in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Anfällen vollkommen gesund ist und weder an subjectiven Empfindungen im Kopf oder in den Augen, noch an irgend welchen Bewegungsstörungen des Auges leidet. Obgleich wir selbst den Kranken 2 Jahre lang beobachtet haben, ist irgend eine dauernde Verschlimmerung des Leidens nicht eingetreten. Wir stehen daher auch auf dem von Senator vertretenen Standpunkte, wonach man diese »reinen Fälle« von den langsam progressiven Fällen trennen müsse. Letztere, bei denen die Kranken sich auch zwischen den einzelnen Anfällen nicht völlig normal befinden, gehören überhaupt nicht zu einer echten pathologischen Einheit, sondern zu einem Symptomencomplex, welcher durch verschiedenartige anatomische Processe an der Schädelbasis hervorgerufen werden kann. Die echte recidivirende Oculomotoriuslähmung scheint aber wohl eine besondere Krankheitsform darzustellen, ebenso wie die echte Migräne, mit welcher sie wahrscheinlich nahe verwandt ist.

Wenn wir nun jetzt auf die Einzelnheiten unserer in mehrfacher Beziehung interessanten Beobachtung eingehen, so wollen wir zunächst hervorheben, dass eine bestimmte Regelmässigkeit in der Zeit des Auftretens der einzelnen Anfälle nicht nachweislich war. Manchmal lagen nur 4 - 5 Wochen zwischen zwei Anfällen, manchmal aber auch 2, ja sogar 6 Monate. Im Juni 1887 beobachteten wir andererseits, dass sich an den soeben erst abgelaufenen schweren Anfall fast unmittelbar ein zweiter anschloss. Hieraus und ebenso auch aus dem ähnlichen Verhalten anderer Fälle folgt, dass der Name »periodische Oculomotoriuslähmung« kein richtig gewählter ist, da eine »Periodicität« der einzelnen Anfälle keineswegs nachweisbar ist.

Passender scheinen uns daher die Bezeichnungen »chronisch recidivirende Oculomotoriuslähmung oder anfallsweise auftretende Form der Oculomotoriuslähmung« zu sein.

Was die Symptome der einzelnen Anfälle selbst betrifft, so sind letztere in ihrer Heftigkeit nicht immer völlig gleich. Wir können einerseits vollkommen ausgebildete und andererseits rudimentäre Anfälle bei unseren Kranken unterscheiden. Bei den vollständig ausgebildeten Anfällen handelte es sich zunächst um eine vollständige Lähmung aller äusseren Zweige des rechten Oculomotorius. Die Bewegungen des Bulbus nach innen, oben und unten waren ganz aufgehoben, das rechte Augenlid hing völlig herab. Die inneren Zweige des Oculomotorius waren zwar nicht ganz unbetheiligt, aber doch lange nicht so vollständig gelähmt, wie die äusseren. Denn nur eine mässige Erweiterung der rechten Pupille konnten wir nachweisen. Die Reaction der Pupille auf Licht und die accommodative Beweglichkeit derselben, ebenso die Accommodation selbst waren nicht nachweislich gestört. Zu diesen Lähmungserscheinungen gesellten sich aber in den ausgebildeten Anfällen noch andere Erscheinungen hinzu: ein heftiger, vorzugsweise auf die rechte Stirnhälfte localisirter Kopfschmerz von dumpfem, bohrendem Charakter, ferner Uebelkeit, Erbrechen, leichte Schwellung der ganzen Umgebung des Auges, Abstumpfung des Gefühls im Gebiete des rechten Trigeminus und Speichelfluss.

Die beiden zuletzt genannten Erscheinungen sind wohl die interessantesten. Denn, während Kopfschmerz und Erbrechen bei der recidivirenden Oculomotoriuslähmung eine fast constante Erscheinung darstellen, sind der Speichelfluss und die Anästhesie im Trigeminusgebiet der befallenen Seite unseres Wissens bisher noch nicht bei dieser Krankheit beobachtet worden. Möglicher Weise werden diese Symptome später, wenn erst die Aufmerksamkeit einmal auf sie hingelenkt worden ist, auch häufiger nachgewiesen werden. Ihr Vorhandensein dünkt uns deshalb von besonderer Bedeutung zu sein, weil sie uns zeigen, dass die dem Krankheitsprocesse zu Grunde liegende

Schädlichkeit ausser dem Oculomotorius auch noch andere Nervengebiete zu treffen vermag. Zur topischen Diagnose des Sitzes eines etwa anzunehmenden Krankheitsherdes lassen sich die genannten Symptome nicht verwerthen. Offenbar sind es nicht anatomische, sondern physiologische Verhältnisse, welche die Auswahl gerade dieser Symptome bedingen (s. u.). Das Thränen des Auges und die leichte ödematöse Schwellung seiner Umgebung verdienen auch noch besondere Erwähnung. Neben directer Reizung secretorischer Nerven kommen hierbei wahrscheinlich auch vasomotorische Einflüsse in Betracht. Zu bedenken wäre indessen auch die Möglichkeit, dass die gesteigerten Secretionen reflectorischen Ursprungs sein könnten.

Neben den bisher besprochenen ausgebildeten Anfällen traten bei unserem Kranken wiederholt auch rudimentäre, unvollständige Anfälle auf. Bei diesen fehlten vor Allem die Zeichen der bei den schweren Anfällen so vollständigen Oculomotoriuslähmung. Leichte Andeutungen der letzteren konnten indessen doch wiederholt festgestellt werden, so insbesondere Ptosis des Augenlids ohne Bewegungsstörung des Bulbus. Die Haupterscheinungen der leichteren Anfälle waren Kopfschmerz, Uebelkeit, schlechtes Allgemeinbefinden, Schwellung des Augenlids und Thränenträufeln. Uebergänge und Combinationen der einzelnen Formen des Anfalls kamen in verschiedenster Weise vor. Im Allgemeinen waren die unvollständigen Anfälle in jeder Beziehung die leichteren. Sie machten weniger heftige Symptome und dauerten auch kürzere Zeit. Zuweilen gingen die Erscheinungen dabei schon nach 1—2 Tagen vorüber, während die schweren Anfälle mit Oculomotoriuslähmung ca. 8 Tage dauern konnten.

Die Bedeutung der leichteren Anfälle scheint uns vor Allem darin zu liegen, dass sie die Aehnlichkeit der recidivirenden Oculomotoriuslähmung mit einer anderen Krankheitsform, nämlich mit der Migräne, besonders hervortreten lassen. Diese Aehnlichkeit ist schon den früheren Beobachtern (Möbius u. A.) aufgefallen und in der That wüssten wir kaum, wie man einen der oben geschilderten Anfälle scharf von einem ächten Migräne-Anfall unterscheiden kann. Wir sind überhaupt der Ansicht,

dass beide Krankheiten nicht nur eine äussere Aehnlichkeit, sondern auch eine innere Verwandtschaft haben. Beide beginnen meist in der Jugend. Beide treten in einzelnen stärkeren oder schwächeren Anfällen auf, deren Symptome zum Theil grosse Aehnlichkeit mit einander haben, während die Kranken in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen sich völlig wohl befinden.

Nur ein Punkt muss erwähnt werden, welcher nach manchen bisherigen Beobachtungen einen durchgreifenden Unterschied ausmachen sollte: Der Verlauf der Krankheit. Nach der Angabe einiger früherer Autoren sollte die recidivirende Oculomotorius-Lähmung einen stets progressiven Verlauf haben, so dass sie schliesslich in einen dauernden Krankheitszustand überginge. Dies ist nun aber entschieden nicht immer der Fall. Unsere eigene Beobachtung, welche sich auf einen Zeitraum von 2 Jahren erstreckt, während die Krankheitsdauer selbst eine noch beträchtlich längere war, zeigt Nichts von einer derartigen Zunahme der Erscheinungen. Eher könnte man eine langsame Besserung der Krankheit annehmen. In den reinen Fällen ist mithin die recidivirende Oculomotoriuslähmung ein habituelles Leiden, ähnlich wie die Migräne. Dass sich später öfter noch schwere Krankheitszustände entwickeln, würde übrigens nicht gar zu auffallend sein. Weiss man doch, dass auch echte Migräne zuweilen ein langjähriger Vorläufer späterer schwerer organischer Erkrankungen des Nervensystems sein kann.

Die eigentliche Ursache der recidivirenden Oculomotorius-Lähmung ist uns noch völlig unbekannt, ebenso wie die Ursache der Migräne. Am plausibelsten erscheint zur Zeit immer noch die Annahme, dass es sich um eine Art Auto-Intoxication handelt, um die zeitweise eintretende Bildung schädlicher Stoffe im Körper, welche in der ihnen zukommenden Weise toxische Wirkungen entfalten. Daher sagten wir auch oben, dass die Auswahl der Symptome nicht von anatomischen, sondern von physiologischen Verhältnissen abhängig sei.

Jedenfalls steht die recidivirende Oculomotoriuslähmung nicht vereinzelt ohne Analogie im System der Pathologie da. Ausser der Migräne könnte man noch die Epilepsie, ja als noch

näher liegende Beispiele vielleicht die recidivirende Extremitäten-Lähmung Westphal's und ähnliche Beobachtungen an anderen Nerven (z. B. Facialis) heranziehen. Ja vielleicht liessen sich sogar mit der periodischen Hämoglobinurie Berührungspunkte finden. Alle derartige Vergleiche fördern freilich nicht unsere Kenntniss von der wahren Natur des Krankheitsvorganges, sie dienen aber doch dem weiteren Forschen und Nachdenken als Wegweiser.

In therapeutischer Hinsicht möchten wir nur die Bemerkung machen, dass das Antipyrin entschieden von günstigem symptomatischen Einflusse auf die Schmerzen und das üble Allgemeinbefinden vor. Auch in dieser Arzneiwirkung kann man eine Aehnlichkeit mit der Migräne finden.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Strümpell, welcher mir das Material zu dieser Arbeit überlassen und mich bei der Abfassung derselben vielfach unterstützt hat, meinen besten Dank auszusprechen.